



תביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה ולקביעת דרגת נכות מעבודה

חובה לצרף לטופס זה

- מסמך רפואי המעיד על הליקוי הרפואי, כגון סיכום ביקור במיון, סיכום מחלה, תוצאות בדיקות ופיענוח הדמיה.
- עובד זר – חובה לצרף צילום דרכון הכולל את אשרת השהייה; תושב השטחים – חובה לצרף צילום תעודת זהויה.
- מתנדבים – יש לצרף טופס הפניה למתנדב מהגוף המוסמך או תעודת מתנדב או כרטיס מתנדב.

לידיעתך

- יש להגיש טופס נפרד לכל מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה.
- על פי חוק, לא תשולם הגמלה לתקופה העולה על 12 חודשים למפרע (לאחור) מיום הגשתה.
- אם תאושר תביעתך לדמי פגיעה, נראה בתביעה זו גם תביעה לקביעת דרגת נכות מעבודה ותוזמן לבדיקה בוועדה רפואית.
- זימונה לוועדה יתאפשר רק לאחר שתמציא מסמכים רפואיים עבור כל המגבלות שתציין בסעיף 4.
- באפשרותך לקבל שירותי ייעוץ והכנה לוועדה הרפואית ללא תשלום, במרכז יד מכוונת.
- לקביעת פגישה יש להתקשר למספר הטלפון 2496*.
- **משך זמן טיפול משוער בתביעה למחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה הוא 150 יום, ממועד קבלתה ועד לקבלת החלטה. לנוחיותך, שלבי הטיפול בתביעתך מוצגים באתר האישי של המוסד לביטוח לאומי בכתובת www.btl.gov.il.**

כיצד יש להגיש את התביעה

- עליך לצרף אישורים נוספים לפי הנדרש בטופס התביעה.
- אם אתה בעל שליטה בחברה או קרוב משפחה לבעל שליטה או לבעל מניות בחברה, חובה למלא את ההצהרה בסעיף 11.
- תביעה לא חתומה (בסעיף 14, במקום המסומן ב-X) תוחזר בדואר, ותיחשב כאילו לא הוגשה.
- עליך לחתום על ספח ויתור סודיות רפואית.
- בתביעה של עובד שכיר, **על המעסיק** למלא את סעיפים 15 עד 17, ולחתום בסעיף 16.
- אם התביעה מוגשת על ידי אפוטרופוס – יש לצרף צו אפוטרופוסות.
- **את התביעה בצירוף המסמכים הנוספים ניתן:**
 - למלא באופן ידני, לסרוק יחד עם המסמכים הנוספים, ולשלוח באמצעות אתר האינטרנט ← שליחת מסמכים.
 - לשלוח בדואר, בפקס או להניח בתיבת השירות של הסניף לפי מקום המגורים.
- מידע על מקבלי גמלת נכות מעבודה מועבר לגורמים שונים לצורך מיצוי זכויות.
- לשאלות וברורים ניתן להתקשר למוקד 6050* או למספר 04-8812345, או לפנות באמצעות אתר האינטרנט www.btl.gov.il.

חובה לחתום על טופס התביעה

טופס זה מנוסח בלשון זכר אך פונה לנשים ולגברים כאחד



המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה

תביעה למחלת מקצוע או
ליקוי רפואי עקב תנאי עבודה
ולקביעת דרגת נכות מעבודה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות / דרכון	סוג המסמך
01	דפים

חותמת קבלה

☐ מחלת מקצוע, פרט
☐ ליקוי רפואי, פרט
☐ שכיר
☐ עצמאי
☐ הכשרה מקצועית
☐ חבר קיבוץ או מושב שיתופי
☐ מתנדב

1 פרטי התובע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות/דרכון (חובה לצרף צילום דרכון רק לעובד זר)
תאריך לידה	תאריך עלייה	מספר אישי בצה"ל
מצב משפחתי: ☐ רווק/ה ☐ אלמן/ה ☐ פרוד/ה ☐ נשוי/אה ☐ גרושה ☐ ידועה/בציבור	טלפון קווי	טלפון נייד
דואר אלקטרוני: @	אם הטלפון הנייד או הדואר האלקטרוני אינם שלך – אנא השלם את הפרטים הבאים:	
שם פרטי של איש קשר	שם פרטי של איש קשר	מס' זהות של איש קשר
☐ אני מסרב לקבל הודעות הכוללות מידע אישי בערוצים הדיגיטליים (הודעות טקסט (SMS), דואר אלקטרוני), במקום בדואר רגיל. לידיעתך, אם לא סימנת "אני מסרב", הודעות בנושאי הביטוח הלאומי יישלחו בערוצים הדיגיטליים, לפי המידע שמסרת.		
מען למכתבים (אם שונה מהכתובת הרשומה למעלה)		
רחוב/תא דואר	מס' בית	כניסה
דירה	יישוב	מיקוד

2 פרטי מקום העבודה – אם אתה נמנה עם כוחות הביטחון, אנא מלא סעיף 2א'

שכיר/מתנדב/הכשרה מקצועית

שם מעסיק/מפעל	תפקיד התובע במקום העבודה	טלפון קווי
רחוב/תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
מיקוד	יישוב	מיקוד
האם אתה אחד מבעלי החברה/בעל שליטה בחברה? ☐ לא ☐ כן, פרט:		
האם יש קרבה משפחתית בין לבין המעסיק? ☐ לא ☐ כן, פרט:		
עצמאי		
שם העסק	סוג העיסוק	טלפון קווי
רחוב/תא דואר	מספר בית	טלפון נייד
מיקוד	יישוב	מיקוד

2א' פרטי מקום העבודה – כוחות הביטחון

מקום השירות		טלפון קווי	
צה"ל ☐	משמר הכנסת ☐	טלפון נייד מס' פקס	
שב"ס ☐	משא"ז ☐		
משטרה ☐	אחר ☐		
רחוב/תא דואר	מספר בית	יישוב	מיקוד
תאריך כניסה לשירות קבע _____ תאריך סיום שירות קבע _____			
האם הגשת תביעה לאגף השיקום במשרד הביטחון בגין הפגיעה האמורה? ☐ כן ☐ לא			
אם הוגשה על ידך תביעה ונדחתה, אנא צרף העתק ממכתב הדחייה.			

3 פרטים על המחלה או הליקוי הרפואי

שם המחלה או הליקוי		תאריך הופעת המחלה שנה חודש יום	
יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על אבחון המחלה או הליקוי הרפואי, כגון תוצאות בדיקות עזר, סיכום רפואי, פענוח הדמיה וכד'.			
אנא תאר ופרט מה הם תנאי עבודתך שגרמו להתפתחות המחלה או הליקוי הרפואי:			
_____ _____ _____			
אם עבודתך כרוכה בחשיפה לחומרים, וברשותך דפי מידע על חומרים אלה, אנא צרף אותם. האם בוצעו בדיקות ניטור סביבתיות במקום עבודתך? ☐ לא ☐ כן (אם ברשותך תוצאות הניטור, אנא צרף אותן)			
באלו תפקידים הועסקת במקום עבודתך? אנא תאר את סוג העבודה (ניתן לצרף גיליון נוסף):			
התפקיד וסוג העבודה	תקופת העבודה	התפקיד וסוג העבודה	תקופת העבודה
_____	_____	_____	_____
התפקיד וסוג העבודה	תקופת העבודה	התפקיד וסוג העבודה	תקופת העבודה
_____	_____	_____	_____
האם ידוע לך על עובדים נוספים שלקו במחלה? ☐ לא ☐ כן, פרט:			
שם	כתובת	מספר טלפון	
_____	_____	_____	
שם	כתובת	מספר טלפון	
_____	_____	_____	
אנא צין מקומות עבודה קודמים בהם עבדת, בישראל ובחו"ל (ניתן לצרף גיליון נוסף):			
מקום עבודה וסוג העבודה	תפקיד	תקופת העבודה	
_____	_____	_____	
מקום עבודה וסוג העבודה	תפקיד	תקופת העבודה	
_____	_____	_____	
מסירת הודעה למעסיק על המחלה או הליקוי הרפואי			
תאריך מסירת ההודעה	שם מקבל ההודעה	תפקיד	
_____	_____	_____	
		שנה חודש יום	

4

פרטי הטיפול הרפואי (יש לצרף מסמכים רפואיים המעידים על הליקוי)

שם בית החולים/מחלקה	תקופת אשפוז	תאריך ושעת קבלת הטיפול לראשונה
		שעה יום חודש שנה

המגבלות או הכאבים שמהם אתה סובל	המסמך או התיעוד הרפואי הקשור למגבלה שציינת

פרטי הרופאים המטפלים

שם הרופא	תחום המומחיות	כתובת המרפאה שבה טופלתי או אני מטופל	טלפון המרפאה

האם סבלת ממחלה או מכאבים בעבר בליקוי/ליקויים שצינו על ידך? ☐ לא ☐ כן, פרט ממה סבלת ומתי:

יש לצרף מסמכים רפואיים רלוונטיים.

5

פרטים על שירות צבאי

האם שרתת בצה"ל? ☐ לא ☐ כן, אנא ציין את פרופיל הגיוס: _____

האם התפתחו ליקויים רפואיים במהלך שירותך הצבאי? אנא פרט: _____

6

שליטה בשפה

אני לא שולט בשפה העברית, אני דובר _____

לועדה אגיע עם מלווה דובר עברית ☐ לא ☐ כן

7

פרטים על תשלומים

האם אתה מקבל או זכאי לתשלום או תגמול ממשד הביטחון? ☐ לא ☐ כן, סוג התשלום: _____

מספר תיק באגף השיקום: _____

8 סיוע בהגשת התביעה

האם תביעתך הוגשה באמצעות גוף מסייע? ☐ לא ☐ כן
 הגוף המסייע: ☐ עו"ד ☐ חברת מימוש זכויות ☐ יד מכוונת ☐ בית חולים
 שם הגוף המייצג או המסייע: _____

9 פרטים על תביעות כנגד צד ג'

האם הגשת או אתה מתכוון להגיש תביעת פיצויים נגד חברת הביטוח או צד ג' בקשר למחלתך או הליקוי הרפואי?
 תביעה נגד _____ שם העו"ד המטפל _____
 כתובתו _____
 טלפון _____ פקס _____ דואר אלקטרוני _____
 התביעה הוגשה בבית המשפט ☐ השלום ☐ המחוזי בעיר _____ מס' תיק אזרחי _____

10 פירוט עיסוקים

במהלך שלושת החודשים שלפני הפגיעה:
☐ עבדתי אצל מעסיק אחר/נוסף *נא לצרף אישורים מתאימים
☐ הכנסתי נפגעה מהסיבה:
☐ מחלה ☐ חופשה ☐ אחרת *נא לצרף אישורים מתאימים

הצהרה על היעדרות מהעבודה כתוצאה מהמחלה או הליקוי הרפואי

עד תאריך		מתאריך		☐ לא עבדתי כלל כתוצאה מהמחלה או הליקוי הרפואי	
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך	☐ שהייתי בעסק/בעבודתי	
		שנה חודש יום	שנה חודש יום		
עד שעה	משעה	עד תאריך	מתאריך		
		שנה חודש יום	שנה חודש יום		
☐ חזרתי לעבודה מלאה בתאריך _____ ☐ טרם חזרתי לעבודה ☐ לא נעדרתי מהעבודה					
שעות עבודתי במשלח ידי או בעבודתי לפני המחלה או הליקוי הרפואי היו		משעה	עד שעה	☐ עבודה במשמרות	

11

הצהרה למילוי על ידי בעל שליטה או קרוב משפחה לבעל מניות בחברה בלבד

יש להמציא הוכחת תשלום ל-12 חודשים אחרונים (הפקדות בנק, צילומי המחאות ועוד)

מהו תפקידך בעבודה במועד הזכאות? (פירוט העבודה שביצעת בפועל)

היכן בוצעה עבודתך בפועל? (יש לציין כתובת)

מהו היקף עבודתך? (יש לפרט ימים ושעות)

אני מצהיר כי הנתונים שלהלן נכונים.

תאריך שם פרטי ומשפחה חתימה ✕

12

פרטי חשבון הבנק של התובע

אבקש להעביר כל תשלום שיגיע לי מהמוסד לביטוח לאומי בגין תביעה זו לחשבוני שפרטיו רשומים מטה:

שמות בעלי החשבון

שם הבנק	שם הסניף/כתובתו	מס' סניף	מספר חשבון

לחבר קיבוץ או מושב שיתופי: אני מבקש להעביר את התשלום ☐ לחשבון הקיבוץ/המושב ☐ לחשבוני הפרטי

אני, השותף בחשבון הבנק של ת"ז, שם, מתחייב להשתמש בכספי הגמלה שיופקדו בחשבון בעבור מקבל הגמלה.

אני מתחייב להודיע למוסד לביטוח לאומי על כל שינוי של זהות השותפים בחשבון הבנק או מיופי הכוח בחשבון, ולדאוג להחתימה על טופס עדכון חשבון. אני מסכים שהבנק ימסור מעת לעת למוסד לביטוח לאומי, לפי בקשתו, את פרטי השותפים ומיופי הכח במהלך תקופת הזכאות ולאחריה.

13

פטור ממס הכנסה – יש לצרף אישור זכאות לפטור ממס הכנסה ערב הפגיעה

☐ עיוור/נכה 100% ☐ פטור חלקי

☐ אני מסכים לקיום וועדה רפואית בוודא צ'אט.

אני, החתום מטה, מצהיר בזאת כי כל הפרטים שמסרתי בתביעה ובנספחיה הם נכונים ומלאים. ידוע לי שמסירת פרטים לא נכונים או העלמת נתונים מהוות עבירה על החוק, וכי אדם אשר גורם במרמה או ביודעין למתן קצבה לפי חוק זה, או להגדלתה, על ידי העלמת פרטים שיש להם חשיבות לעניין, דינו קנס כספי או מאסר. ידוע לי כי כל שינוי באחד הפרטים שמסרתי בתביעה זו ובנספחיה, יש בו כדי להשפיע על זכאותי לגמלה או על יצירת חוב, ועל כן אני מתחייב להודיע על כל שינוי בתוך 30 יום. כמו כן, אני מתחייב להודיע למוסד על כל יציאה מהארץ לתקופה העולה על 3 חודשים.

ידוע לי כי אם יחולו שינויים בפרטי ההתקשרות, עליי להודיע על כך למוסד לביטוח לאומי. אני מסכים שהבנק הנ"ל יחזיר למוסד לביטוח לאומי, לפי דרישתו, סכומים מתוך חשבוני, אם המוסד יפקיד לחשבון תשלום אשר כולו או חלקו שולם בטעות או שלא כדין, וכן שהבנק ימסור למוסד את פרטיהם של מושכי התשלומים.

אני מסכים כי המוסד יפנה לבנק הנ"ל, באמצעות תקשורת ממחושבת, לצורך אימות בעלותי בחשבון הבנק כפי שהצהרתי לעיל, ושהבנק הנ"ל ו/או עובד מטעמו ימסור למוסד את המידע הנחוץ לו לאימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל. לחלופין, ידוע לי כי המוסד רשאי לדרוש מסמכים ואישורים נוספים לצורך ביצוע אימות פרטי חשבון הבנק שמסרתי לעיל, וכי יהא עליי להמציאם לפי דרישה.

במקרה שלא יעודכנו פרטי ההתקשרות, המידע יישלח באמצעות הערוצים אותם ציינתי על גבי טופס זה. ידוע לי כי אם תאושר תביעתי לדמי פגיעה בגין מחלת מקצוע או ליקוי רפואי כתוצאה מתנאי עבודה, הביטוח הלאומי יבחן תביעה זו כתביעה לנכות מעבודה. בכל פגיעה אחרת, נדרשת הגשת תביעה נפרדת לנכות מעבודה.

ידוע לי כי בעת מילוי הטופס וצירופותיו עליי למסור מידע שישמש את הביטוח הלאומי, אך כי לא חלה עליי כל חובה חוקית למסור מידע אודותי. ידוע לי שאם לא אסכים למסור מידע פרטי, לא אוכל לקבל שירות מהביטוח הלאומי.

בחתימתי זו אני נותן את הסכמתי לשימוש במידע אודותי לקבלת שירות ו/או זכויות מהביטוח הלאומי, ומבין כי קיימת אפשרות שמידע אודותי יימסר לצדדי ג' הרלוונטיים לצורך זה.

ידוע לי כי בהתאם לסעיפים 13 ו-14 לחוק הגנת הפרטיות, באפשרותי לעיין במידע אודותי ולבקש לתקנו במידת הצורך, בכפוף להוכחת הדורש תיקון ולהסכמת בעל השליטה במאגר – הביטוח הלאומי. ידוע לי כי בעל השליטה במאגר המידע הינו הביטוח הלאומי וניתן ליצור עימו קשר בכתובת btldpo@nioi.gov.il.

אין בסירובי לחתום על טופס זה כדי למנוע מהביטוח הלאומי מלקבל מידע אודותי מצדדי ג', בהתאם לדין.



חתימת התובע

תאריך

פרטי מגיש התביעה שאינו הנפגע

שם פרטי	שם משפחה	מספר זהות ס"ב	קרבה לתובע
טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני:	
		@	
יש לצרף לתביעה את אחד מהמסמכים הבאים או יותר, אם ברשותך: ייפוי כוח, צו אפוסטרופוסות, פסק דין או ויתור סודיות.			
אם התביעה נחתמה בחתימת אצבע, אנא פרט:			
שם העד לחתימה	מספר זהות		

פרטי שכר ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה – ימולא ע"י המעסיק

שם המפעל/המעסיק			מספר תיק ניכויים במוסד לביטוח לאומי				
תאריך תחילת עבודה:		מעמד העובד: ☐ קבוע ☐ ארעי ☐ יומי ☐ חודשי		היקף המשרה ב-%: _____			
				מספר ימי העבודה בשבוע: _____			
☐ אם בשלושת החודשים שקדמו לפגיעה נעדר העובד מהעבודה, אנא פרט את סיבת ההיעדרות: _____ ממת' _____ עד מת' _____ נעדר מהעבודה. האם שולם שכר בעבור ימים אלה? ☐ כן ☐ לא							
בטבלה שלהלן יש לכלול את כל רכיבי השכר, את התוספות החד-פעמיות, ההפרשים או המענקים ששולמו ב-4 החודשים שקדמו להפסקת העבודה:							
החודש, כולל חודש הפסקת העבודה	מס' הימים בעבורם שולם השכר	העובד הוא		שכר ברוטו החייב בדמי ביטוח לחודש זה בש"ח	תוספת חד-פעמית, מענק או הפרשים שנכללו בשכר ברוטו		
		יומי	חודשי		שם התשלום	לתקופה	סכום
חודש _____		☐	☐				
חודש _____		☐	☐				
חודש _____		☐	☐				
חודש _____		☐	☐				

הצהרת המעסיק

אנו, החתומים מטה, מאשרים כי הפרטים שמסר העובד ומסרנו אנו בטופס התביעה הם נכונים לפי מיטב ידיעתנו, פרט ל- (נא לפרט את ההסתייגויות, אם ישנן, בעניין הפגיעה):

כן אנו מאשרים כי התובע הועסק כעובד במפעל/במקום העבודה בזמן הפגיעה בעבודה.

תאריך _____ תפקיד החותם _____ שם החותם _____ חתימה וחותמת ☒

פרטים משלימים למעסיק מורשה/מאושר

☐ העובד זכאי לפטור בשיעור 100% ממס הכנסה

מעסיק מורשה לפי תקנה 22:

☐ העובד נכלל בהרשאה ונעדר מתאריך _____ עד תאריך _____ ושילמנו לו דמי פגיעה כחוק.

☐ העובד אינו נכלל עם העובדים שבעבורם ניתנה הרשאה לחברה/מפעל.

מעסיק מאושר לפי סעיף 343:

☐ אני מעסיק מאושר לפי סעיף 343 (סעיף 162 בנוסח הישן)

קיצוץ:

☐ הנפגע חבר קיבוץ, מופיע בסוג ביטוח _____

☐ הנפגע אינו חבר קיבוץ, מופיע בסוג ביטוח _____

חתימת המעסיק וחותמת ☒ (נדרש רק במקרים של פרטים משלימים)

חותמת קבלה

המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
פגיעה בעבודה



כתב ויתור סודיות רפואית

שם הגמלה: דמי פגיעה

1

פרטים אישיים

תאריך הפגיעה <table border="1"> <tr> <td>שנה</td> <td>חודש</td> <td>יום</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	שנה	חודש	יום				מספר זהות/דרכון <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>											קוד גמלה 60
שנה	חודש	יום																
שם פרטי		שם משפחה																
חבר בקופת חולים ☐ כללית ☐ מאוחדת ☐ מכבי ☐ לאומית ☐ אחר _____																		

2

הצהרה

אני, החתום מטה, שפרטיי האישיים מופיעים בטופס זה, מוותר על הסודיות הרפואית ומבקש בזאת למסור למוסד לביטוח לאומי או לבא כוחו כל מידע בקשר למחלתי, מצבי הרפואי, הטיפול שניתן לי, תוצאותיו, או כל מידע אחר שיידרש על ידם, או כל מסמך רפואי או שיקומי או פסיכיאטרי אודותיי.

תאריך _____ חתימת המבוטח ✕ _____